ITEM 68 : TROUBLES PSYCHIQUES DU SUJET AGE

TROUBLE DEPRESSIF CARACTERISE

= Maladie psychiatrique la plus fréquente chez le SA (préférentiellement les femmes) : **12% des > 65 ans**, ↗ jusqu'à **25%** à hôpital et **40%** en EHPAD
→ *L'âge n'est pas en soi un facteur de risque*, mais plusieurs **facteurs de risque** se retrouvent préférentiellement chez le sujet âgé : sociaux (passage à la retraite, isolement), affectifs (veuvage, deuils, conflits), mauvaise santé.
- **Non-diagnostiqué dans 50% des cas** : critères diagnostiques non adaptés, douleur morale non exprimée, symptômes dépressifs mis sur le compte d'une maladie ou du vieillissement, femmes le plus souvent. L'état dépressif majeur (ou caractérisé) tel que défini dans le DSM-5 représente **environ 12 % des dépressions du sujet âgé car il n'y a pas de critères diagnostiques spécifiques**.
- Pronostic : 30**% de chronicisation et 30% de rechute**. **Surmortalité** = **+30%** dans les 3 ans : ↘ observance et suivi, facteurs psychologiques, réactionnels et environnementaux

Episode dépressif caractérisé	= Critères identiques à l'adulte non âgé, avec certaines spécificités : - La **plainte de tristesse** ou **d'humeur dépressive** est rarement présente - Irritabilité, agressivité, agitation colère, opposition ou comportement de refus - Risque élevé de **déclin fonctionnel** - Risque augmenté de **passage à l'acte suicidaire**, avec **probabilité plus élevée de décès (1/4)** et **idées suicidaires moins verbalisées** : IMV (femmes ++), pendaison (hommes ++), armes à feu…
Episode dépressif masqué	= **Symptômes somatiques**, en rapport ou non avec une pathologie médicale non psychiatrique : - Plaintes spécifiques : **désordres gastro-intestinaux, mauvais état général, douleur**s… - Plaintes générales : **troubles du sommeil, altération de l'appétit, mauvais état général, plaintes mnésiques, difficultés de concentration** → Tableau parfois dominé par les symptômes cognitifs, évocateur de **maladie neurodégénérative**
Dépression hostile	- Anxiété, récriminations, agitation hostile - **Refus de soins**
Dépression avec plainte mnésique	- Diagnostic différentiel avec un **trouble neurocognitif** - Souvent difficile à diagnostiquer
Episode dépressif à caractéristique psychotique	= Plus fréquent dans l'épisode dépressif caractérisé du sujet âgé - **Idées délirantes** : le plus souvent de persécution, de jalousie, de culpabilité ou de registre hypocondriaque, voire **syndrome de Cotard** (négation d'organe ou de sa propre personne) - **Phénomène hallucinatoire** associée relativement rare
Dépression mélancolique	- **Perte de contact avec la réalité**, **prostration majeure**, **mutisme**, parfois **agitation/anxiété** - **Perte de poids importante**, **insomnie** prédominante en fin de nuit → Urgence thérapeutique ++ : risque de perte d'autonomie sévère et/ou décompensation
Comorbidité psychiatrique	- **Troubles anxieux** : anxiété généralisée et troubles phobiques surtout, trouble panique plus rare - **Trouble bipolaire** : 15 à 20% diagnostiqués > 55 ans, symptômes maniaques souvent atténués - **Trouble dépressif caractérisé récurrent**

Diagnostic

SF

Symptômes spécifiques à la personne âgée : irritabilité, agressivité, agitation, colère. Opposition et comportement de refus, démotivation, sentiment d'inutilité, d'être une charge. Sentiment d'impuissance, repli sur soi, prostration, isolement, sensation douloureuse de vide intérieur, angoisse matinale, trouble de la concentration, plaintes mnésiques, dépendance fonctionnelle, somatisations et hypocondrie.

C

- **Tristesse ressentie, idées de découragement, de mort, idées suicidaires, pertes d'intérêt et de plaisir**
- Recherche de **symptômes délirants, retentissement fonctionnel et médical, comorbidité psychiatrique**
- **Evaluer le risque suicidaire = RUD : R**isque (rapports fdR/Fdprotection) – **U**rgence (scénario) – **D**anger (accessibilité à des moyens locaux)

Echelle d'évaluation	- **GDS** (*Geriatric Depression Scale*) = mini-GDS (4 items), version courte (15 items, dépression probable si **≥ 5**), version normale (30 items, dépression probable si **≥ 11**) : en **auto-évaluation**, non utilisable en cas de démence /!\ (MMS < 15) - **Echelle Montgomery-Asberg** (= **MADRS**): en hétéro-évaluation - **Echelle de Cornell** : basée sur l'observation du comportement, aide au diagnostic en cas de démence

Trouble dépressif

Diagnostic

DD

- **Deuil** : phénomène normal → aucune indication de traitement antidépresseur
- Pathologie non psychiatrique : **trouble ionique, métabolique, neurologique, cardiovasculaire**
→ Selon points d'appel : NFS, iono, calcémie, albuminémie, TSH, vitamine B9, B12, imagerie cérébrale…
- Trouble psychiatrique : **troubles délirants, trouble somatoforme, trouble de l'adaptation…**
- **Apathie :** Manque de motivation/niveau antérieur et atteinte quasi permanente d'au **moins deux domaines sur 3 pendant > 1 mois** (Diminution des comportement volontaires, diminution de l'intérêt pour de nouvelles activités ou de l'intérêt envers les autres, absence de ressenti émotionnel face aux évènements de vie agréable ou non)/ Retrouvé en cas de **dépression** mais aussi en cas de **MA** ou de **Maladie de Parkinson**
- **Démence** : **symptômes psycho-comportementaux** (apathie…), dépression souvent associée (dans 45% des MA)→ réévaluation sous antidépresseur

	Démence	Dépression
Etat affectif	Fluctuant, labile	Tristesse, permanent
Ralentissement	Activités intellectuelles, complexes	Globale sur toutes les activités
Anhédonie	Plaisir préservé aux activités simples	Globale, massive, constante
Etat émotionnel	Préservé, fluctuant	Emotions négatives amplifiées, permanente
Perte de poids	Rare, progressive	Précoce, par anorexie
Trouble du sommeil	Inversion du cycle	Insomnie matinale (précoce)
Plainte somatique	Rares	Nombreuses

Contexte associé	- Maladie souvent associée : **AVC, démence, maladie de Parkinson, IDM, insuffisance cardiaque, diabète, dysthyroïdie, hyperparathyroïdie, hypercorticisme, andropause, cancer, douleur chronique** - Médicaments : **corticoïdes, clonidine, β-bloquant, L-dopa, amantadine, neuroleptiques**
PEC	- **Critères d'hospitalisation (6)** : . Risque suicidaire élevé (cf RUD) . Dépression délirante . Dépression mélancolique . Isolement familial ou situation de précarité . Agitation ou prostration sévère . Dépendance ou pathologie chronique à un stade évolué - Faire le diagnostic de dépression et faire l'annonce au patient. Informer que l'efficacité du traitement sera retardée de 10 jours à 6 semaines. - **Soutien psychologique** et **psychothérapie** - **Adaptation du traitement** pour limiter le risque de syndrome dépressif iatrogène (psychotrope, cardiotrope, antalgique, anticancéreux, antihormonaux…) - Introduction du traitement : pas en urgence, débuter par posologie plus faire et progressivement augmentée par paliers de 15 jours jusqu'à la dose efficace qui correspond à celle proposée chez l'adulte plus jeune. - **Traitement antidépresseur** si symptômes modérés/sévères : **ISRS** en 1ère intention, introduit à faible posologie, adapté à la fonction rénale et augmenté progressivement, **durée 12 mois** en cas de 1ere épisode après rémission des symptômes, **deux à trois ans** en cas de récurrence - **Electro-convulsivo-thérapie** : si dépression sévère, mélancolique, avec anorexie majeure ou résistante
Pronostic	→ **Pronostic** : 30% de chronicisation et 30% de rechute. **Eléments pronostiques liés à la maladie dépressive** : - *FdR de chronicité* : Limitations fonctionnelles, troubles cognitifs, pauvreté des relations sociales, sévérité des symptômes dépressifs, ralentissement psychomoteur - *FdR de rechute* : absence d'information sur la maladie, erreurs de perception de la maladie et de son traitement, stigmatisation de la dépression, absence de soutien familial, troubles cognitifs, coût et EI des médicaments, relation médecin-malade pauvre. **Eléments pronostiques liés aux conséquences médico-psycho-sociales** : - Dénutrition sur TAC et perte de poids secondaire (RR x 4.3) - Perte d'autonomie - Hospitalisations plus fréquentes - Surcoût de santé - Moins bon pronostic vital dans plusieurs maladies **Risque suicidaire :** **- 28%** des suicides survenus en 2010 concernaient > 65 ans - **Prédominance masculine**, moyens létaux souvent utilisés témoin de la détermination (la réussite des suicides chez le sujet âgé est 50 fois supérieure à celle d'un adulte plus jeune) - FdR : dépression ++, âge avancé, sexe masculin, isolement social, veuvage, personnalité psychorigide, difficulté d'adaptation au changement, maladies invalidantes ou douloureuses - Fd protection : enfants, loisirs, pratique religieuse, vie sociale riche, se sentir utile - Évaluation du risque suicidaire RUD : Risque-Urgence-Danger
Troubles anxieux	= **10%** des sujets âgés : **troubles anxieux généralisés** et **phobies** plus fréquemment**, trouble panique** plus rare - Peu de spécificités liés au sujet âgé : critères identiques à l'adulte - Traitement anxiolytique non systématique
Troubles bipolaires	→ 15 à 20% des troubles bipolaires sont diagnostiqués > 55 ans - Présentation clinique peu différente : symptômes maniaques souvent atténués, épisodes thymiques plus rarement mixtes, moins de symptômes psychotiques et meilleure réponse au lithium - Thymorégulateur si trouble bipolaire : lithium, avec **cible de lithémie abaissée** à **0,4 à 0,7 mEq/L**

TROUBLES PSYCHOTIQUES	**Schizophrénie vieillie**	- Atténuation des idées délirantes et accentuation des troubles cognitifs avec l'âge - Symptômes dépressifs plus fréquent → 50% des patients schizophrènes ne sont plus assez autonome pour rester à domicile sans aide
	Schizophrénie tardive	- Rare (1% après 75 ans) - Critères identiques : . **Schizophrénie à début tardif > 40 ans** = **LOS** (*Late-Onset Schizophrenia*) . **Très tardif > 60 ans** = **VLOSLP** (*Very Late-Onset Schizophrenia-Like Psychosis*) - Prédominance féminine - **Hallucinations** (visuelles, cénesthésiques, olfactives) et **délire de persécution** plus fréquents - Moins de symptômes de désorganisation et de symptômes négatifs
	Troubles délirants	= Fréquent, critères diagnostiques identiques au sujet jeune : présence isolée d'idées délirantes isolées et persistantes, sans symptômes négatifs ou de désorganisation
	DD	- **Trouble de l'humeur avec symptômes psychotiques** : symptômes généralement congruent à l'humeur (idée délirante de grandeur, érotomanie, culpabilité, ruine, hypocondriaque…), hallucinations auditives moins courantes, les symptômes affectifs précèdent généralement les symptômes psychotiques - **Symptômes psycho-comportementaux de la démence** : idées délirantes, souvent de persécution, troubles de l'identification (en lien avec les troubles cognitifs), hallucinations visuelles → **1ère cause de symptômes psychotiques du sujet âgé**, parfois de façon précoce dans la maladie - **Trouble psychotique 2ndr à une pathologie somatique** : **syndrome confusionnel** avec **symptômes psychotiques** (hallucinations visuelles d'apparition brutale), **pathologie neurologique, métabolique, endocrinienne** - **Trouble psychotique iatrogène** : **morphinique**, **psychotrope**, sevrage de **benzodiazépine** ou **d'alcool**
	PEC	- **Antipsychotique atypique** à doses modérées (4 x inférieures aux doses du sujet jeune) - Prise en charge psychothérapeutique, et du handicap si nécessaire
Symptômes psycho-comportementaux des démences	= **SPCD** : présent chez **> 80%** des patients avec **maladie d'Alzheimer** ou **maladie apparentée**	
	Symptômes de retrait	- **Apathie** (60%) : perte ou réduction de l'initiation et/ou des réponses du patient dans le domaine comportemental, cognitif et émotionnel - **Symptômes dépressifs** (50%) : tristesse de l'humeur, culpabilité, pessimisme, idées de mort, généralement sans remplir les critères de trouble dépressif caractérisé
	Symptômes psychotiques	- **Idées délirantes** (20%) : principalement **idées de persécution** et **troubles de l'identification** (idées délirantes de vol d'objet, d'occuper un domicile qui n'est pas le sien, qu'une autre personne habite son domicile, voire **syndrome de Capgras** (délire des sosies) - **Hallucinations** (10%) : le plus souvent **visuelles** (souvent complexes, mettant en scène des animaux, des personnages, avec une participation affective modérée), ou **auditives, cénesthésiques**
	Autres	- **Agitation/agressivité** (30%) : accès de colère avec violence et opposition - **Anxiété** (40%) : trouble anxieux, symptômes d'attaque de panique, ruminations - **Euphorie** (5%) : joie excessive, tendance à la régression puérile et à l'humour excessif - **Désinhibition** (10%) : tendance à l'impulsivité, hyper-familiarité, perte des convenances - **Irritabilité** (30%) - **Comportements moteurs aberrants** (30%) : **déambulation**… - **Troubles du sommeil** (15%) - **Altération de l'appétit** (20%)
SPCD	Dg	- Identification des SPCD par **échelles psychométriques** : **NPI** = **inventaire neuropsychiatrique** sur 13 items - Ecarter une cause médicale non psychiatrique : iatrogénie, syndrome confusionnel… - Rechercher un trouble psychiatrique favorisant : épisode dépressif caractérisé, trouble anxieux, trouble délirant, trouble psychiatrique vieilli décompensé…
	PEC	→ **Hospitalisation** en cas de risque vital, mise en danger du patient ou des proches, risque de maltraitance ou nécessité de surveillance médicale rapprochée - **Inhibiteur de l'acétylcholinestérase** et **antiglutamate** : efficacité modeste sur les SPCD - **Psychotropes** réservés aux SPCD avec retentissement sévère et uniquement après échec des mesures non médicamenteuses : **antidépresseur sérotoninergique, antipsychotique** sur une courte durée (**rispéridone**…) → Les **antidépresseurs** ne sont pas indiqués dans **l'apathie** (majoration de l'apathie) → Les **antipsychotiques** ne sont pas indiqués dans les **troubles de l'identification**

Psychotrope

= Prescription très fréquente : 50% des patients > 70 ans ont ≥ 1 psychotrope, avec risque augmenté d'effets indésirables, consommation plus importante chez les femmes
- **Modifications pharmacocinétiques** liées au vieillissement : - Hypersensibilité cérébrale aux psychotropes
  - Elimination et métabolisation ralentie
- **Comorbidité médicale** : risque de décompensation
- **Polymédication** : - **Inhibiteur enzymatique** : **fluoxétine, paroxétine, fluvoxamine, venlafaxine**
  - **Inducteur enzymatique** : **carbamazépine**

Règles de prescription	- Début à une posologie plus faible que chez l'adulte jeune - Augmentation posologique lente - 1 seul psychotrope par classe, en évitant les associations - BZD en 1e intention, AD en 2e intention - Evaluation régulière de l'efficacité et de la tolérance
Anxiolytique	**Benzodiazépine** : efficacité rapide, bonne tolérance chez le sujet âgé - Actions multiples : Sédative, hypnotique, anxiolytique, anticonvulsive, myorelaxante, et amnésiante - Prescription : à faible posologie, sur quelques jours uniquement, maximum de **12 semaines** pour les anxiolytiques et **4 semaines** pour les hypnotiques, privilégier les demi-vies courtes, arrêt sur 4 à 10 S chez les personnes de > 65 ans - Trouble anxieux : **antidépresseur ISRS** ou **IRSNA** en 1ère intention, **anxiolytique** en 2nd intention - EI au long cours : somnolence diurne, troubles cognitifs, confusion, risque de chute, réaction paradoxale, syndrome amnésique, insuffisance respiratoire aiguë, dépendance - En situation aiguë : **benzodiazépine** de demi-vie courte (**oxazépam, lorazépam**)
Anti-dépresseur	**ISRS** = traitement de 1ère intention : bonne efficacité, bonne tolérance - EI : . **Nausées, céphalées, agitation, insomnie, troubles sexuels, prise de poids** . **SIADH** avec **hyponatrémie** : potentiellement mortelle, réversible à l'arrêt . Risque dose-dépendant de **chute** et de **fracture** . Temps de saignement augmenté **: augmente le risque hémorragique** . **Symptômes extrapyramidaux** (rares), **allongement du QT**, nombreuses interactions médicamenteuses (CYP P450) - Avantages : non pourvoyeur d'hypotension orthostatique, et moins de troubles cognitifs, d'effets anticholinergiques et cardiovasculaires indésirables que les tricycliques - Prescription : posologie basse (citalopram 10 mg/j, sertraline 25 mg/j) puis augmentation progressive - Réponse thérapeutique plus longue à obtenir que chez l'adulte jeune - Durée : ≥ 1 an si 1er épisode dépressif, ≥ 2 ans si récidive d'épisode dépressif - Arrêt progressif sur 3 mois (si prescrit < 1 an) ou 6 mois (si prescrit > 1 an) Autres antidépresseurs utilisables : **IRSNA en 2nde intention ++, mirtazapine, miansérine** → **Resistance au traitement définie : 2** AD biens conduits avec des molécules différentes → **Les tricyclique** sont déconseillés : cardiotoxique (allongement du QT), anticholinergique
Thymo-régulateur	**Lithium** = traitement de référence : utilisation prudente - **Dose à réduire de moitié à 2/3** - Zone thérapeutique plasmatique optimale : **0,4-0,7 mEq/l** - Contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale, même modérée (< 85 mL/min) - Interactions nombreuses (diurétique, IEC, AINS…) **Anticonvulsivant** : alternative mieux tolérée, risque d'encéphalopathie
Anti-psychotique	-Indications : Troubles psychotiques, symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) - *En cas de SCPD* : PO à privilégier, courte durée, **interrompre le traitement à 30J,** un traitement discontinu est recommandé, à éviter en cas de Maladie de Parkinson ou M. à corps de Lewy - Risque plus élevé de **syndrome extrapyramidal** - Sensibilité supérieure à **l'effet anticholinergique** : **sécheresse buccale** (aggravation de problèmes dentaires), **constipation** (risque d'occlusion), **rétention urinaire** (risque majoré par l'HBP), risque de **glaucome aigu à angle fermé** - **Surmortalité par AVC en cas de prescription> 3 mois chez le sujet avec maladie d'Alzheimer** → **Rispéridone** recommandé en 1ère intention : demi-vie courte, moins d'effets anticholinergiques →Tiparide également très utilisé en France